*Nr karty (nadaje MOPS) ………………………………………*

*Nazwa organizacji świadczącej usługę ……………………………………………………………………………………..*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO LUB CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** | | | | | |
| imię i nazwisko | | |  | | |
| PESEL | | |  | | |
| adres zamieszkania | | |  | | |
| telefon | | |  | | |
| adres e-mail | | |  | | |
| **II** | **PREFEROWANA FORMA, WYMIAR CZASU I MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** | | | | | |
| **□** | dzienna w miejscu zamieszkania | | w godzinach:  w dniach: | | |
| **□** | dzienna w ośrodku wsparcia | | w godzinach:  w dniach: | | |
| **□** | specjalistyczne poradnictwo | |  | | |
| **III** | **DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ OBJĘTEJ OPIEKĄ WYTCHNIENIOWĄ** | | | | | |
| imię i nazwisko | | |  | | |
| PESEL | | |  | | |
| data urodzenia | | |  | | |
| adres zamieszkania | | |  | | |
| telefon | | |  | | |
| stopień/rodzaj  niepełnosprawności\* | | |  | | |
|  | niepełnosprawność sprzężona | | | **□** TAK **□**  NIE | | |
|  | korzystanie z ośrodka wsparcia, placówki pobytu całodobowego (ŚDS, ośr. szkolno-wychowawczy, internat), usług finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego | | | **□** NIE  **□** TAK (podać nazwę i adres ośrodka) | | |
| **IV** | **STAN ZDROWIA, W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJE NA TEMAT OGRANICZEŃ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA** | | | | | |
|  | | | | | |
| **V** | **OŚWIADCZENIA OPIEKUN FAKTYCZNEGO LUB CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** | | | | | |
| **□** | | Oświadczam, że podopieczny posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub, że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności\* | | | |
| **□** | | Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 | | | |
| **□** | | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). | | | |
| …………………………………………………….  data i podpis opiekuna, członka rodziny | | | | | |
| **VI** | **OŚWIADCZENIA OSOBY NEPEŁNOSPRAWNEJ (w przypadku osoby nieubezwłasnowolnionej)** | | | | | |
| **□** | | Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 | | | |
| **□** | | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). | | | |
| ………………………………………………………  data i podpis osoby niepełnosprawnej | | | | | |
| **VII** | **PODOPIECZNY MA PRZYZNANE USŁUGI OPIEKUŃCZE BĄDŹ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE (wypełnia pracownik MOPS)** | | | | | |
| **□** | | TAK | | **□** | NIE |
| **POTWIERDZAM UPRAWNIENIE DO KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ** | | | | | |
| ……………………………………………….  podpis pracownika MOPS | | | | | |

\**do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności/lub równoważnym*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA TWOICH DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszą informację otrzymałeś w związku z obowiązkami określonymi w art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia   
4 maja 2016 r. L 119/1).

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych** | Administratorem Twoich danych osobowych jest Prezydent Wrocławia z siedzibą we Wrocławiu (dalej: my). Możesz się z nami skontaktować w następujący sposób:  - listownie na adres: pl. Nowy Targ 1-8, 50-141 Wrocław  - przez e-mail: dss@um.wroc.pl  - telefonicznie: +48 71 777 77 42. |
| **Inspektor Ochrony Danych** | Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Jest nim Sebastian Sobecki. Inspektor to Osoba, z którą możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Twoich danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Ci praw związanych z przetwarzaniem danych. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób:  - listownie na adres: ul. G. Zapolskiej 4, 50-032 Wrocław,  - przez e-mail: iod@um.wroc.pl,  - telefonicznie: +48 71 777 77 24. |
| **Cele przetwarzania danych** | Będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe celem realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego. Celem programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:  - dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,  - osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności  poprzez możliwość uzyskania doraźnej lub czasowej pomocy świadczonej w formie opieki wytchnieniowej realizowanej w oparciu o umowy zawarte z organizacjami pozarządowymi przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. |
| **Podstawa prawna przetwarzania** | Będziemy przetwarzać twoje dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679  z 27.4.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (tj. **przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie udzielonej zgody**). |
| **Okres przechowywania danych** | Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez 5 lat od stycznia kolejnego roku po zakończeniu Twojej sprawy. |
| **Odbiorcy danych** | Twoje dane osobowe będą udostępniane podmiotom, którym powierzyliśmy przetwarzanie danych na podstawie zawartych umów (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, organizacje pozarządowe, które zostały wybrane w drodze otwartego konkursu jako realizatorzy zadania), a także innym podmiotom i instytucjom upoważnionym z mocy prawa, |
| **Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych** | Przysługują Ci następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:   prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie Twoich danych osobowych,   prawo dostępu do Twoich danych osobowych,   prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych,   prawo żądania ograniczenia przetwarzania Twoich danych osobowych,   prawo do usunięcia Twoich danych osobowych,   prawo do przenoszenia Twoich danych osobowych,   prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych.  Aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe powyżej). |
| **Prawo wniesienia skargi do organu** | Przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |

…………………………………………………………………………………………. …..………………………………………………………………………………………

**Podpis osoby niepełnosprawnej nieubezwłasnowolnionej Czytelny podpis osoby składającej kartę zgłoszeniową**